

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1934-1935 N° 53

LES OVARITES SUPPURÉES PUERPÉRALES

(A propos de treize observations
de l'infirmerie de la Charité)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste DÉMARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 27 Février 1908, à L'AUBESPIN (Jura)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1934

LES OVARITES SUPPURÉES
PUERPÉRALES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES OVARITES SUPPURÉES PUERPÉRALES

(A propos de treize observations
de l'infirmerie de la Charité)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste DÉMARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 27 Février 1908, à L'AUBESPIN (Jura)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ
 BARRAL, ROLLET, PIC, CONDAMIN

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PAVIOT.
Cliniques chirurgicales.....	{ SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	{ TIXIER.
Clinique ophtalmologique	{ BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GULIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique	HERMANN.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	ROCHAIX.
	LEULLIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale..... MM. THEVENOT (Léon);
 Chargé d'un cours d'Embryologie..... NOEL.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale..... MM. TAVERNIER.
 Stomatologie PONT

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSSEL
DUFOURT	GATE	GUILLEMINET	DE ROUEMONT
DEVIC	DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT
GABRIELLE	BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REVOI.	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CHAMBON	ENSELME	MAZEL
	CIBERT	SEDALLIAN	MORIN, chargé de fonctions d'Agrégé.



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, président; TRILLAT, assesseur;
 ROCHET et CREYSSSEL

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans ses dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Ce travail n'est qu'un faible témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Professeur de clinique gynécologique.

Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant de présider notre thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A NOTRE MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. TRILLAT

Accoucheur des Hôpitaux.

Il nous a inspiré le sujet de ce travail. Au cours de deux semestres passés dans son service, nous avons mis largement à contribution son enseignement. C'est à lui que nous devons toute notre formation obstétricale.

Nous saurons nous souvenir des leçons de ce maître qui, en nous faisant profiter de sa grande expérience, nous a toujours conseillé et guidé, avec beaucoup de bienveillance.

Qu'il veuille bien recevoir ici, l'assurance de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Médecin des Hôpitaux.

C'est dans son service que nous avons commencé nos études médicales. Nous avons pu apprécier sa haute conscience scientifique et sa grande compréhension du malade.

Nous nous souviendrons de ce qu'il fut pour nous et n'oublierons pas la grande part qu'il a prise dans notre formation médicale.

Nous le prions de croire à toute notre gratitude. Celle-ci ne peut avoir d'égale que l'immense confiance que lui ont toujours témoignée ses malades.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EPARVIER

Accoucheur des Hôpitaux.

Nous le remercions de la grande bienveillance qu'il nous a toujours manifestée et des excellents conseils qu'il nous a prodigués à la maternité de la Charité.

AU DOCTEUR G. DE CHANALEILLES

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Il fut pour nous un ami sincère et un conseiller précieux. Nous sommes heureux de l'assurer ici de toute notre reconnaissance.

AU DOCTEUR MARCEL DARGENT

Interne des Hôpitaux.

En témoignage de sympathie et de gratitude pour l'aide efficace qu'il nous a apportée dans la rédaction de ce travail, nous le prions de croire à notre inaltérable amitié.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMINET

MONSIEUR LE DOCTEUR GRAVIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

LES OVARITES SUPPURÉES PUERPÉRALES

Historique

L'histoire des ovarites suppurées puerpérales est pauvre. Dans les traités classiques l'ovarite suppurée est décrite avec le pyosalpinx sous le nom de salpingo-ovarite suppurée.

Cependant certains auteurs signalent l'ovarite suppurée en reconnaissant sa rareté et en ne lui attribuant ni une pathogénie, ni une étude anatomique approfondie.

Il est classique de rappeler les travaux de Buccara, d'A. Martin et Orthmann au sujet des suppurations de l'ovaire, les deux observations de Kermann. Négrier, Krueger, Watzen, Ingres et Boivin attachent également leur nom à cette étude. En 1885, Dalché présente une thèse intitulée « de l'Ovarite ». En 1888, à Paris, Lainé écrit une thèse sur « Les salpingites », mais malgré ces grands titres sur des sujets généraux, la lumière n'est pas encore faite.

Mauger, en 1900, apporte des précisions intéressantes dans sa thèse et rectifie l'opinion de Pozzi, qui ne décrivait que le « Pyo-oophoro-salpinx ».

On y trouve des descriptions anatomiques justes de l'ovarite suppurée. Mais la pathogénie lymphatique de l'affection tient une place de premier plan et les lésions veineuses du paramètre ne sont pas décrites.

C'est avec de pareilles conceptions que sont écrits les traités classiques de J.-L. Faure, de Le Dentu, de Pozzi.

Les travaux de Bouilly, de Souligoux, de Terrillon, de Trélat avec les documents bactériologiques de la thèse de Reymond (1895) contribuent à appuyer cette théorie de l'envahissement de l'ovaire par voie lymphatique dans les suites de couches et on en sait suffisamment sur cette affection rare.

Les travaux plus récents de Chomé, à la clinique Tarnier, les considérations approfondies sur les différents types de phlébites pelviennes post-puerpérales ramènent indirectement à l'ovarite suppurée. On attribue même à la grippe un rôle pathogène pour les abcès de l'ovaire, mais dans l'infection puerpérale ils sont encore traités un peu en parents pauvres. Ils sont une trace, un reliquat laissé par l'infection veineuse. Considérés comme de petits abcès très fréquents on ne leur attribue pas de description clinique bien spéciale.

Depuis plusieurs années, il nous a été donné d'en observer à l'Infirmierie de la Maternité. En 1930, MM. Trillat, Michon et Ponthus pouvaient apporter sept observations d'ovarites suppurées puerpérales typiques et en tirer quelques documents anatomo-pathologiques et cliniques.

D'autres cas ont été observés depuis quatre ans. Des

examens histopathologiques et des prélèvements de pus ont pu être pratiqués. De nouvelles observations peuvent être publiées.

Beaucoup de points restent imprécis, tant dans le domaine anatomo-pathologique que pathogénique. La bibliographie est encore pauvre sur ce sujet. C'est en s'aidant souvent des travaux voisins, concernant les ovarites non puerpérales (Chomé) ou des ovarites puerpérales non suppurées (MM. Cotte et Mathieu, 1934) qu'on peut tenter de faire des comparaisons avec les ovarites suppurées puerpérales et tenter de donner une individualité anatomo-clinique à cette affection.

Observations

OBSERVATION I

Antoinette F..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre depuis quatre jours. L'interrogatoire apprend que la malade était réglée depuis l'âge de 13 ans et régulièrement. Le mois dernier, elle a eu un retard d'un mois, elle n'a jamais eu de pertes blanches. L'affection actuelle a débuté par de la lassitude et de la courbature pendant quelques jours, puis par une douleur brusque dans le bas-ventre, à gauche, un matin au réveil; les coliques persistèrent accompagnées de faux besoins, sans vomissements. La malade souffrait à la pression, le moindre frôlement lui était douloureux. Toute la journée la malade eût des crises semblables, mais put travailler. Le soir, la température est de 40 degrés. Le lendemain, elle souffre encore, mais continue à travailler. Le surlendemain, elle se couche avec une température de 38°9. La douleur ne cesse pas d'augmenter, surtout la nuit. A l'examen, le toucher vaginal montre dans le Douglas une masse rénitente se continuant dans le cul-de-sac latéral gauche et refoulant le col à droite.

Intervention le 31 octobre 1924 (Dr Michon). On intervient avec le diagnostic de kyste tordu. Une laparotomie médiane est pratiquée. Il n'y a pas de liquide dans le ventre. Le pelvis est masqué par des anses grêles, on les dé-

colle; l'une d'elles plonge jusqu'au fond du Douglas. Son décollement ouvre une collection à odeur fécaloïde.

Décollement de l'anse sigmoïde dont la paroi est épaissie, cartonnée, rigide et forme un dôme au-dessus de la lésion.

La lésion, du volume d'une orange, est une ovarite suppurée gauche. La trompe est apparemment normale. L'annexe droite : ovaire et trompe, est saine. Drainage vaginal par colpotomie. Fermeture du Douglas avec l'anse sigmoïde.

Dans les suites opératoires, la malade présente de la subocclusion les premiers jours, puis un hématome suppuré de la paroi, enfin au 17^e jour, une parotidite suppurée gauche qui s'ouvrit le 25^e jour.

OBSERVATION II

Mme C..., âgée de 24 ans, est envoyée avec le diagnostic de rupture tubaire. Elle a un retard de règles de 12 jours. Le début se fit par une douleur abdominale accompagnée de vomissements et de perte de connaissance, pas de pâleur, pas de contracture abdominale. La température monte à 39°7. Pertes rouges. Au toucher : grosse annexe gauche douloureuse dans le Douglas. Le diagnostic est douteux : l'absence de pâleur, les pertes rouges, la température sont contre le diagnostic de grossesse tubaire, mais le retard de règles, la syncope, le toucher y font penser. Dans le doute, on intervient.

L'intervention a lieu le 27 avril 1925, à 23 heures (Dr Michon). Une laparotomie médiane est pratiquée. Du liquide muco-purulent s'écoule du pelvis congestif en avant. Pas de grossesse tubaire. Trompes à pavillon rouge, tuméfié, laissant s'écouler à la pression, du liquide

muco-purulent. L'ovaire gauche a le volume d'une petite mandarine, il est entouré de fausses membranes, mais sans aucune adhérence. Ablation de l'annexe gauche. Assèchement. Fermeture de la paroi à quatre plans avec drain sous-cutané.

Examen de la pièce. — Dans l'ovaire, cavité kystique contenant du liquide purulent. La paroi de l'abcès est décollée, de teinte ocre, facilement énucléable. Les suites sont simples.

OBSERVATION III

Mme K..., âgée de 28 ans, a eu deux enfants, le dernier en 1923. C'est depuis cette date qu'elle souffre. A l'entrée, le 21 février 1925, le toucher montre un utérus mobile, à droite un cul-de-sac occupé par une trompe du volume d'un œuf de poule à contours irréguliers comme si l'on percevait trois sinuosités de la trompe. A gauche, lésion identique, mais moins nette. Le diagnostic porté est celui de salpingite bilatérale plus marquée à droite et les nodosités peuvent faire songer à la tuberculose.

Intervention le 3 mars 1925 (D^r Michon). Une laparotomie médiane est pratiquée. A l'ouverture du ventre, pas de liquide, pas d'adhérences. L'utérus est refoulé en avant et son fond libre fait saillie dans la cavité péritonéale. Il s'agit d'une lésion annexielle droite. L'annexe gauche est adhérente dans la gouttière latérale, mais ne paraît pas malade. Libération des deux annexes. Ablation de l'annexe droite. Conservation de l'annexe gauche dont l'ovaire est sain. La trompe est prise dans les adhérences, mais le pavillon est perméable. On le dilate. Le Douglas est très profond; il était libre, non occupé par l'annexe, par suite de l'obturation créée par elle au

niveau des deux ligaments du Douglas. Bien qu'il se soit écoulé un peu de pus fétide, on ferme sans drainage à quatre plans. Drain sous-aponévrotique. Sur la pièce, il s'agit d'une ovarite. Ovaire de dimension d'un œuf, œdémateux et à l'intérieur une poche purulente. Les suites opératoires sont marquées, les premiers jours, par une réaction péritonéale modérée avec accélération du pouls, tension et ballonnement du ventre. Hématome suppuré, profond, ouvert à la partie inférieure de l'incision. Poussée thermique correspondant à une réaction inflammatoire annexielle de l'annexe restante.

OBSERVATION IV

Mme D..., âgée de 22 ans, entre à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu, le 5 mai 1925. Elle a eu à plusieurs reprises, de petites crises douloureuses abdominales droites sans température ni vomissements. La crise actuelle date de la veille. Elle débuta brusquement par des douleurs abdominales à droite ; vomissements dans la nuit. La malade est allée deux fois à la selle. Elle est envoyée avec le diagnostic d'appendicite. La température est de 39° le soir et de 37°9 le matin. A l'entrée, température de 38°4, pouls à 110. La fosse iliaque droite est encore douloureuse ; douleur provoquée basse. Contracture légère. La malade a accouché le 6 mars (siège : enfant mort) ; elle vient d'avoir son retour de couche qui avait fini le 2 mai, c'est-à-dire deux jours avant la crise.

Intervention le 5 mai, à 23 heures (D^r Michon). Incision de Jalaguier. Appendice à base saine ; la pointe adhère à une annexe droite énorme. Section de l'appendice à sa base et enfouissement. Ablation en bloc de

l'appendice et de l'annexe. Le ligament infundibulopelvien est énorme (pouce); un drain. Il s'agit d'une ovarite suppurée (ovaire du volume d'une orange). A la coupe, plusieurs abcès à l'un des pôles. La trompe et l'appendice ne semblent avoir que des lésions secondaires. Pavillon turgescent largement ouvert.

OBSERVATION V

Mme V. M..., entre à l'infirmerie le 1^{er} juillet; elle est âgée de 28 ans, elle n'a pas d'enfant et a fait une fausse-couche en 1922. Fin juillet 1926, elle fait une autre fausse-couche nécessitant un curage. Depuis cette fausse-couche, la malade présente des douleurs abdominales pelviennes, température oscillante, vomissements.

A l'entrée, la température est à 38°5, le pouls à 110, vomissements, constipation. Le toucher montre un léger empâtement à droite, utérus bien placé, col fermé.

Le 8 juillet 1926, décès rapide de la malade. La veille cependant, l'état général paraissait bon. Les vomissements avaient cessé, la température était à 38°, le pouls à 100.

Autopsie : Péritonite généralisée à tout l'abdomen. Annexes enflammées. A droite, « abcès ovarien perforé ».

OBSERVATION VI

Mme C..., âgée de 23 ans, entre à la Charité le 25 février 1926. Elle a eu un retard de règles de dix jours et depuis cette date, a des pertes rouges abondantes avec caillots. Elle est envoyée avec le diagnostic de grossesse

tubaire, mais si l'examen physique est en faveur de ce diagnostic (masse para-utérine droite du volume d'une orange), la température à 40°, l'état saburral des voies digestives, l'absence de crises douloureuses vont à l'encontre de cette hypothèse. En réalité, comme on l'apprendra plus tard, la malade a fait une tentative d'avortement.

Intervention le 22 février 1926 (D^r Michon). On intervient d'urgence à 16 heures. Il n'y a pas de sang dans le ventre, par contre, il existe une grosse annexe suppurée droite à laquelle le cæcum est collé par son fond. Après libération, on enlève l'annexe droite en totalité avec l'appendice en un seul bloc. L'annexe gauche est saine. Fermeture totale.

Examen de la pièce : L'ovaire est énorme, recouvert de fausses membranes et contient une poche purulente. La trompe est augmentée de volume, mais perméable.

Dans les suites opératoires, jusqu'au troisième jour, la température oscille entre 37° et 40°. Elle redescend à 38° le quatrième jour, mais il se fait de la péritonite diffusante et la malade meurt le 1^{er} mars, sept jours après l'intervention.

OBSERVATION VII

Mme V..., âgée de 20 ans, a accouché à terme, le 2 mai 1929. Le lendemain, la température monte à 40°, en même temps qu'apparaissent des frissons, de la céphalée et des courbatures. Après 10 jours de température oscillante entre 38° et 40°, la malade quitte le service le 19 mai, apyrétique. Le 31 mai, brusquement, la température remonte à 40° et la malade fait un deuxième séjour à la Charité. A ce moment, le *toucher* montre que

l'utérus est encore un peu gros, mais non douloureux. On perçoit une masse latéro-utérine droite douloureuse du volume d'une petite orange.

Intervention le 1^{er} juillet 1929 (D^r Michon). Incision de Pfannenstiël. L'exploration de l'appareil génital montre un utérus en bonne position, de situation normale.

L'examen des annexes droites montre la présence d'une masse latéro-utérine du volume d'une mandarine.

Cette masse est libre, peu adhérente et son isolement est facile. On constate qu'il n'existe pas de lésions tubaires, la perméabilité de la trompe est intacte, on la vérifie à la sonde cannelée. La trompe est néanmoins un peu œdémateuse et rouge, les franges ne sont pas agglutinées, la portion isthmique est souple. L'ovaire constitue à lui seul toute la masse, c'est une poche volumineuse et fluctuante sans adhérences avec la trompe. Ablation de l'ovaire. Cul-de-sac du Douglas sain. On referme le plafond péritonéal avec le côlon sigmoïde ramené en avant.

Fermeture sans drainage de la paroi.

Les jours suivants, auto-vaccinothérapie. Suites simples. Guérison. Examen de la pièce. Très gros ovaire à la section duquel on ouvre plusieurs poches contenant du pus franc.

OBSERVATION VIII

Mme C..., âgée de 22 ans, entre à la première infirmerie le 19 janvier 1931. Par l'interrogatoire, on apprend qu'elle est mariée et mère d'un enfant et qu'elle n'a présenté jusqu'à présent, aucune fausse-couche. Elle présente un retard de règles de vingt jours environ.

Elle se plaint de douleurs dans le ventre, douleurs assez vives, siégeant uniquement du côté gauche et dont

l'apparition remonte à quatre jours environ. De plus, elle présente d'abondantes pertes rouges depuis le 10 janvier.

Le toucher montre un col mou entr'ouvert, refoulé à droite. A gauche, une masse volumineuse, remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Cette masse est perçue par le toucher dans le cul-de-sac latéral gauche.

Le 22 janvier, la malade fait une fausse-couche suivie d'un curage digital. Suites simples du côté de l'utérus, dont l'involution se fait normalement, mais persistance d'une masse annexielle gauche du volume d'un gros poing.

Intervention le 13 février 1931 (D^r Trillat). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Adhérences épiploïques libérées et sectionnées. Adhérences lâches du sigmoïde, très aisément libérées.

Salpingotomie et ovariectomie gauches. Ligature du ligament infundibulo-pelvien. L'utérus latéro posé à droite est de volume normal. Les annexes droites paraissent absolument saines. Examen de la pièce : la tumeur se présente sous la forme d'une masse arrondie, du volume d'une grosse orange, lisse. La trompe utérine en écharpe recouvre cette tumeur.

A l'ouverture de la pièce, on trouve une seule cavité formée par le tissu ovarien. On arrive à disséquer les trompes qui ne font pas partie de la tumeur.

On recherche en vain dans les parois la tumeur du tissu ovarien. Il semble que tout l'ovaire ait participé à la poche suppurative. L'examen bactériologique du pus ne montre la présence, au milieu d'éléments habituels (polynucléaires altérés), que de cocci en grappes gardant le gram. Les cultures sont restées stériles.

Les suites de l'intervention sont simples et la malade quitte le service le 9 mars 1931.

OBSERVATION IX

Mme G... Allilia, âgée de 20 ans, entre à la première infirmerie, le 3 août 1931, venant de la maternité où elle a accouché le 25 juillet, d'un garçon vivant, mais qui a présenté dès les premiers jours de sa naissance, une conjonctivite dans le pus de laquelle un examen bactériologique a révélé la présence de gonocoques.

La malade accuse une élévation thermique à 39° environ. Différents touchers pratiqués depuis son entrée jusqu'au 15 septembre, permettent de suivre l'involution de l'utérus qui se fait normalement et le développement d'une masse annexielle gauche, d'abord perçue à bout de doigt dans le cul-de-sac latéral gauche puis augmentant de volume, atteignant les dimensions d'une mandarine. Elle reste haut située, elle est dure et peu mobilisable.

Intervention le 18 septembre 1931 (Dr Michon). Anesthésie générale. Incision de Pfannenstiel. Le côlon sigmoïde est collé à la face postérieure de l'utérus, ce qui cache les annexes. La libération est très difficile du fait de la solidité de ces adhérences et le plan de clivage péritonéal est en symphyse complète. L'annexe gauche a le volume d'une mandarine. On l'enlève en totalité : la trompe a un pavillon congestif mais perméable. Il ne sort pas de pus à la pression. L'ovaire du volume d'une noix verte, contient, sous une coque épaisse, plusieurs poches contenant du pus franc. L'annexe droite saine, est simplement libérée de ses adhérences.

L'examen bactériologique du pus prélevé ne montre ni gonocoques, ni autres éléments microbiens.

L'examen histopathologique d'un fragment de l'ovaire montre qu'il s'agit effectivement d'une ovarite aiguë

avec des polynucléaires en abondance dans le parenchyme ovarien.

OBSERVATION X

Mme G..., 20 ans, entre à l'hôpital le 11 juillet pour une fausse-couche. A l'entrée, hémorragie abondante suivie de l'expulsion d'un fœtus de deux mois environ. Le lendemain on pratique un curage digital qui ramène quelques débris placentaires.

Dans les jours qui suivent, on note qu'au toucher, l'utérus reste gros. Epaissement net de la corne utérine devenant quelques jours après une véritable tuméfaction sans infiltration du ligament large. L'état général de la malade reste médiocre. Malgré la glace et le repos, la température reste élevée entre 39° et 40°. La malade vomit à plusieurs reprises. Le 24 août, on note au toucher vaginal que le col, sensiblement normal, est surmonté d'une grosse masse médiane du volume d'un poing, paraissant correspondre à l'utérus mal involué.

A gauche, masse inflammatoire basse, douloureuse, petite, sans collection suppurée nette.

A droite, douleur provoquée sans sensation objective.

25 août 1932. Intervention (D^{rs} Michon, Trillat). Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane. Le grand ventre est libre et l'on sent tout de suite à la main une grosse masse que recouvre le côlon sigmoïde qui y adhère par la face inférieure de son méso.

La libération au doigt ouvre de multiples poches séreuses dont quelques-unes d'assez gros volume, laissent écouler un liquide abondant. Cette libération, facile au début, devient très difficile dès qu'on approche du rectum; du pus s'écoule et l'on ne sent toujours pas par

quoi est constituée la masse : utérus ou annexe ? Enfin on atteint le fond du Douglas et l'on trouve un utérus petit, normal, refoulé à droite et en avant. Il s'agit donc d'une grosse masse suppurée annexielle gauche. Une fois qu'elle est libérée, on se rend compte que son ablation est suffisante et l'on conserve sans arrière-pensée l'utérus normal et l'annexe droite, petite, enfouie dans des adhérences et que l'on ne découvre pas.

On termine en plaçant deux Mikulicz, l'un pelvien à trois mèches, l'autre abdominal à deux mèches séparés par le côlon sigmoïde.

Sur la pièce, la masse quoique vidée d'une partie de son pus, a le volume d'une grosse orange; elle est constituée en majeure partie par un ovaire suppuré multiloculaire avec, en écharpe, une trompe simplement hypertrophiée. Il s'agit donc d'une ovarite suppurée post-abortum.

Examen histopathologique : Le fragment d'ovaire examiné présente effectivement un abcès aigu. La paroi de celui-ci est constituée de polynucléaires et il n'y a pas de réaction scléreuse du voisinage.

Examen bactériologique du liquide péritonéal et du pus d'ovarite.

A l'examen direct : absence de microbes dans les deux liquides, cultures stériles.

Les suites ont été simples malgré l'apparition d'une parotidite et d'une arthrite temporo-maxillaire.

OBSERVATION XI

Mme K..., âgée de 27 ans, entre le 18 juillet dans le service. Elle est envoyée pour une collection purulente gauche, consécutive à un accouchement normal, datant du 8 juin précédent.

Le début de l'affection remonte à trois jours après son accouchement. Il s'est fait de façon brutale, par des

frissons, des douleurs vives dans la fosse iliaque gauche, des oscillations thermiques atteignant 40°.

L'application de glace sur l'abdomen fait tomber la température, mais les douleurs persistent et motivent bientôt une nouvelle hospitalisation dans le service.

A l'entrée, elle présente une température à 38°4. Un pouls à peine accéléré. Elle souffre beaucoup dans la fosse iliaque gauche qui est très douloureuse à la palpation.

Au toucher : utérus gros, nettement retardé dans son involution. Epaissement net au niveau de la corne utérine gauche, donnant l'impression d'un fibrome.

Un mois plus tard, l'utérus est toujours gros et asymétrique du fait de la tuméfaction de la corne utérine gauche, dure et douloureuse. Toute la masse est nettement mobilisable.

On intervient le 23 août 1931 (Dr Michon). Laparotomie médiane. Ouverture du ventre rendue malaisée par une adhérence totale, serrée, d'une masse inflammatoire du volume d'un poing qui correspond à l'utérus. La libération prudente au doigt est nécessaire pour ne pas léser la vessie.

Puis il faut sectionner en travers tout le grand épiploon dont le bord inférieur fait partie de la masse. Ainsi on relève le côlon transverse. Ensuite il faut libérer le côlon sigmoïde qui est véritablement inclus dans les lésions. Cette libération qui n'est possible qu'au doigt et qui est très laborieuse, s'effectue sans dégâts.

Enfin on libère l'utérus complètement adhérent par sa face antérieure. Finalement on se trouve en présence d'un ovaire gauche du volume d'une mandarine, arrondi, dur, d'apparence kystique, d'un petit utérus sain et d'une annexe droite saine.

Ablation de l'annexe gauche et conservation de l'utérus et de l'annexe droite.

Au cours de toute cette libération, il ne s'est pas

écoulé une seule goutte de pus ni de sérosité suspecte. Il n'y a absolument pas de péritonite, mais une tumeur inflammatoire.

Sur la pièce, il s'agit d'une ovarite suppurée droite, pure, typique; la coque ovarienne est conservée avec ses follicules sur 5 $\frac{m}{m}$ environ et au centre siège un abcès du volume d'une noix verte.

Examen histopathologique : Le fragment d'ovaire examiné, présente des signes d'inflammation subaiguë caractérisée par la présence de cellules inflammatoires : mononucléaires et polynucléaires en nombre égal.

Le fragment de graisse përisigmoïdienne est constitué par du tissu graisseux traversé de larges bandes conjonctives inflammatoires.

OBSERVATION XII

Mlle E... Renée, âgée de 25 ans, entre dans le service le 13 août 1932. Elle est envoyée de la maternité à la suite d'une césarienne basse pratiquée le 7 août précédent et suivie de phénomènes infectieux multiples : hématome suppuré de la paroi, phlébite de la jambe droite, abcès profond de la fesse droite, frissons avec hémoculture positive.

Le toucher montre un épaissement net du cul-de-sac droit.

Quelques jours après, un nouveau toucher laisse percevoir une masse indurée dans le même cul-de-sac. L'état de la malade reste stationnaire, sa courbe thermique présente de larges oscillations. Successivement apparaissent une arthrite temporo-maxillaire gauche avec trismus très accentué, puis une parotidite gauche. La malade se plaint d'une gêne précordiale avec des palpitations.

Le 21 octobre, elle meurt brusquement. L'autopsie est faite le lendemain.

Au niveau du petit bassin, on découvre à droite, dépassant le niveau du détroit inférieur, libre de toute adhérence, une masse ovarienne, grosse comme une orange, bosselée et tendue.

Ses parois sont très friables, au point que les premières manœuvres donnent issue à du pus épais et mal lié (l'examen bactériologique ne montre pas de microbes à l'examen direct et les cultures restent stériles). Il est curieux de remarquer que la trompe est absolument saine au-dessus de cet ovaire.

A gauche les annexes sont absolument saines. L'utérus est petit (5 %_m de haut sur 4 de large), cicatrices invisibles. Induration du ligament large principalement au voisinage du col de la vessie. On est frappé au cours de cette exploration, de découvrir des lumières vasculaires, semble-t-il, ou des noyaux ganglionnaires d'où coule un pus épais et gris.

Enfin un doigt introduit dans la cicatrice fessière amène aussitôt sur l'échancrure sciatique, mais il est difficile de retrouver la communication pelvi-fessière.

Examen histopathologique : Les différents fragments de veine hypogastrique examinée, sont oblitérés par un caillot fibrino-leucocytaire ; en certains points, les leucocytes sont en voie de pycnose et constituent de véritables abcès miliaires à l'intérieur de la veine. On ne trouve pas traces de ganglion lymphatique sur les différentes coupes examinées.

OBSERVATION XIII

Mlle M... Léonie, âgée de 27 ans, entre dans le service, le 11 juin 1934. Elle est envoyée avec le diagnostic de fausse-couche. En effet, l'interrogatoire nous apprend

que ses dernières règles remontent au 30 avril, que depuis le 5 juin, elle a présenté de notables hémorragies avec parfois des caillots. Elle ne peut préciser si elle a expulsé un fœtus.

Elle a déjà eu un garçon, âgé actuellement de 7 ans, et n'a jamais eu de fausse-couche auparavant. Au toucher, on note un utérus latéroposé à droite, légèrement augmenté de volume. Masse latéro-utérine gauche, séparée par un sillon, du volume d'une orange, douloureuse.

Dans le cul-de-sac postérieur, masse latérale droite, bien différenciée de la masse gauche.

L'état général de la malade reste médiocre. Elle présente toujours quelques oscillations thermiques et des douleurs principalement dans la fosse iliaque gauche. Elle n'accuse plus aucune hémorragie.

Un nouveau toucher vaginal montre que le col s'est fermé, l'utérus a fait son involution; il est de volume normal et très dévié à gauche.

La masse droite s'est modifiée; on ne sent plus le pôle inférieur, mais seulement un empâtement du cul-de-sac. La masse gauche est très augmentée de volume, atteignant la grosseur d'une orange.

Intervention le 29 juin (D^r Michon). Incision de Pfannenstiel. Les lésions trouvées correspondent exactement à celles diagnostiquées par le toucher. A gauche, ovarite suppurée du volume d'une orange, surcroisée par une trompe saine. Ablation de l'annexe gauche.

A droite : l'ovaire est augmenté de volume, œdémateux; la trompe, dont le pavillon adhère à l'ovaire, laisse soudre du séropus. Mais la paroi est souple et il s'agit très vraisemblablement de lésions inflammatoires secondaires. Ablation de la trompe droite et conservation de l'ovaire. Fermeture totale.

A l'intérieur de l'ovaire, cavité suppurée de la valeur d'un œuf, contenant du pus vert.

L'examen bactériologique de ce pus ne montre pas de microbes à l'examen direct. Les cultures sont restées stériles.

Symptomatologie

L'histoire clinique de l'ovarite suppurée est généralement assez longue. Il s'agit de suites de couches ou d'avortement fébriles, voire même simplement de suites un peu accidentées, marquées par des douleurs et des métrorragies. La série d'observations publiées par MM. Trillat, Michon et Ponthus concernait des malades qui avaient été souvent perdues de vue après leur accouchement ou leur fausse couche. Nous avons pu réunir un certain nombre d'observations nouvelles de malades suivies dans le post partum ou le post abortum, et on peut ainsi décrire quelques signes prémonitoires de l'ovarite suppurée.

Les modes de début de l'ovarite valent à eux seuls une différenciation clinique et nous pouvons au moins en décrire trois, sans adopter la description de Mauger concernant la malade en crise et en dehors des crises.

I. — Une première catégorie de malades, représentant environ 60 % de nos observations, vient consulter pour des phénomènes fonctionnels et généraux

qui à eux seuls ont pu encore faire décrire des formes cliniques.

Il s'agit de femmes qui ont accouché ou avorté longtemps auparavant, qui ont eu dans la suite un petit épisode fébrile et qui reviennent après un véritable « intervalle libre » dont l'étendue est très variable. Une malade de Mauger avait fait pendant dix ans de la bicyclette. Dans une de nos observations, la malade n'est vue que deux ans après son accouchement.

L'épisode initial, lorsqu'on le retrouve, est presque toujours minime. Fébricule à 38, 38,5, surtout après un curage digital, avec pertes un peu sales, rosées. Peu à peu tout est rentré dans l'ordre et la malade a repris ses occupations. Le retour de couches s'effectue un peu prématuré, un peu en retard. Cela n'attire pas l'attention. On ne peut pas, avec les observations dont on dispose, formuler de règles à ce sujet.

Mais ces femmes ne sont jamais complètement valides dans les mois qui suivent. Deux grandes catégories de symptômes les ramèneront à la consultation.

a) DES SIGNES GÉNÉRAUX.

Plus ou moins attentives, plus ou moins bien observées, ces malades accusent une lassitude générale, des malaises, des troubles digestifs vagues. On peut alors faire préciser un certain nombre de détails intéressants.

Il leur arrive d'avoir une petite poussée fébrile durant cinq ou six jours, au moment de leurs règles.

Mais surtout, *l'amaigrissement*, d'abord discret, s'accroît bientôt et à lui seul, ce grand signe révélateur

de la plupart des suppurations cachées peut amener la patiente à consulter. Il suffit de rappeler les communications déjà anciennes à ce sujet et Etienne et Demange avaient pu intituler une présentation « chlorose aiguë à la suite d'une ovarite » (P. M. 1889). Pour Prenant, pour Guérin, à cette cachexie de suppuration se surajouterait un état d'auto-intoxication par non résorption des toxines que détruisait normalement la sécrétion interne du corps jaune. Nous nous contenterons plus modestement de signaler qu'aux signes discrets de suppuration s'ajoutent quelquefois les signes très communs de la cachexie ovarienne (Spencer Wells) sans entamer de discussions pathogéniques sur ce sujet.

b) DES SIGNES FONCTIONNELS.

Ils sont nombreux. Ils sont rarement groupés, au point même qu'on a pu, à leur sujet, individualiser de nouvelles formes cliniques.

On peut les énumérer :

Douleurs.

Métrorragies et ménorragies.

Ecoulements leucorréiques.

On pourrait y ajouter un certain nombre d'autres signes que MM. Cotte et Mathieu décrivent à propos de l'ovarite non suppurée.

a) *Les douleurs* revêtent plusieurs aspects. Dans certains cas, ce sont simplement des sensations de pesanteur, une certaine lourdeur pelvienne, accompagnée de névralgies lombaires. Elles subiront des paroxysmes, elles pourront devenir lancinantes. Elles

ne sont calmées que très passagèrement et très incomplètement par les décongestifs pelviens et les sédatifs (extraits belladonnés, ovules divers, lavements tièdes.)

Mais à côté de ces douleurs pelviennes, il faut attacher une certaine importance à des irradiations assez caractéristiques des affections ovariennes.

Sans revenir sur les névralgies lombaires qui peuvent dominer la scène clinique, il faut rappeler certains cas de névralgies sciatiques s'installant insidieusement et progressivement et citer également des névralgies obturatrices, nettement localisées, qui avaient pu être symptomatiques de l'affection.

Il est rare qu'elles affectent le type de coliques. Enfin, il est classique de leur attribuer, quelle que soit leur variété, des exacerbations dans les jours qui précèdent les règles jusqu'au prochain flux menstruel pendant lequel elles peuvent être passagèrement soulagées.

b) *Les écoulements sanglants* peuvent être à ce point abondants que certaines femmes, présentant ce symptôme dans les suites d'une fausse-couche douteuse ont eu à subir un curettage dont le résultat fut évidemment bien médiocre.

D'une part, on rencontre des malades, qui, après le retour de couches, ont eu des règles très irrégulières, mais gardant néanmoins un cycle menstruel ; d'autre part, il est des accouchées qui sont incapables de retrouver, au milieu d'hémorragies répétées un semblant de menstruation.

Les ménorragies du premier cas sont en général

abondantes. Elles ne sont pas mêlées de caillots, jamais fétides. Elles durent jusqu'à huit et dix jours. Elles s'accompagnent d'une dysménorrhée fréquente. Alors qu'elles pouvaient être espacées au début, elles peuvent bientôt se rapprocher et ne laisser que quelques jours d'intervalle.

Les métrorragies peuvent survenir. Capricieuses, survenant aussi bien la nuit qu'après un effort, elles peuvent avoir une fréquence et une abondance inquiétantes.

c) Les écoulements leucorréiques ont relativement peu d'importance. Alors que dans certains cas les signes d'endométrite prédominent, entraînant encore des écoulements épais, purulents et malodorants, dans d'autres cas, au demeurant assez fréquents, on ne peut être en présence que de ce flux clair presque hydropurulent que MM. Cotte et Mathieu signalent à propos des ovarites non suppurées et qui serait d'origine réflexe, à point de départ ovarien.

Les signes physiques, en pareil cas, sont le plus souvent tout à fait banaux.

La palpation abdominale permettrait de sentir, en appuyant un peu profondément, une masse de volume réduit, en général, venant présenter un de ses pôles aux confins d'une fosse iliaque.

Le toucher vaginal et le *toucher en ciseaux* combinés à la palpation sont les seuls moyens d'investigation.

L'utérus, presque toujours, est de volume et de dimensions normales, régulièrement involué et ce signe est assez important. Quant à sa situation, elle est

variable et les déplacements constatés sont presque toujours sous la dépendance de la masse ovarienne qui l'aura refoulé en avant ou latéralement.

Le col est parfois encore un peu mou, entr'ouvert ou bien revenu également à l'état normal.

C'est à ce propos qu'il convient cependant de signaler que, dans certains cas, on est en présence d'un utérus gravide au début, mou, hypertrophique, à col entr'ouvert. On ne saurait trop insister sur ces ovarites suppurées apparemment consécutives à un curage et provoquées déjà par des tentatives d'avortement septiques, antérieures au premier examen.

A côté de l'utérus, le doigt perçoit facilement *une masse de consistance rénitente*, de volume moyen, grosse environ comme une mandarine. Elle est séparée du bord latéral de la matrice par un sillon plus ou moins net. Son pôle supérieur est distinct du fond utérin, mais ces deux symptômes habituels des collections annexielles peuvent être très discutables et la masse peut être apparemment plaquée sur l'utérus et difficile à délimiter. Un examen en position de Trendelenburg peut encore difficilement faire préciser que :

Sa mobilité est en général faible, on la sent bien indépendante des culs-de-sac latéraux ou postérieurs, on la différencie assez aisément d'une collection intrapéritonéale ou intraligamentaire, mais il est exceptionnel qu'elle ait la mobilité d'un kyste.

Enfin son siège n'a aucun caractère particulier. Certains auteurs prétendent qu'on peut sentir à côté d'elle le cordon tubaire, surtout quand elle est prolabée.

Nous attachons peu d'importance à ce symptôme difficile à interpréter.

Dernier détail de la plus haute importance : cette collection annexielle est *unilatérale*. Nous savons d'ailleurs que ce dernier signe est surtout anatomique et on peut percevoir de l'autre côté une autre masse beaucoup moins importante, beaucoup moins caractérisée, qui, à l'intervention, se révélera comme une réaction tubaire ou péritubaire, voire même comme un simple œdème de l'autre ovaire. Il en est de l'importance de cette lésion associée comme de l'hématosalpynx de l'autre trompe dans une grossesse tubaire. Elle n'empêche pas d'insister sur l'*unilatéralité*.

Ces examens pourraient être complétés par des examens généraux. On ne négligera jamais, comme c'est de règle devant toute suppuration traînante, d'examiner le cœur, le poumon et de rechercher la leucocytose sanguine par les procédés de laboratoire.

II. — Une deuxième catégorie de malades moins importante que la première, ne présente pas d'intervalle libre. Alors que les premières venaient consulter en gynécologie, ces dernières sont encore des accouchées récentes et présentent tout le tableau classique et embrouillé des suites de couches fébriles.

Il est vain, comme pour toutes les infections puerpérales d'essayer de fixer les circonstances favorisantes. A côté d'accouchements faits dans des conditions septiques, d'intervention obstétricales compliquées,

voire même de césariennes faites après rupture ancienne de la poche des eaux, il est des femmes qui ont enfanté dans d'excellentes conditions.

Dans les jours qui suivent immédiatement apparaît le signe d'alarme indice de l'invasion microbienne dans le torrent sanguin. Frisson solennel, ascension thermique à 40, 41°, tableau impressionnant de la fièvre puerpérale. Un signe relativement favorable a pu être décelé par le toucher vaginal. On sent, d'un côté, un cordon induré, relativement peu douloureux, moniliforme, plaqué contre le bord de l'utérus. C'est le début du pseudo-phlegmon de la base du ligament large, pelvi-phlébite inférieure qui va peu à peu s'étendre.

Les alarmes se répètent, marquées chaque fois par un frisson. Un grand placard induré remontant jusqu'à l'arcade crurale signe cette infiltration diffuse de la base du ligament. L'utérus involue normalement et reste difficilement mobilisable. Très souvent la phlegmatia alba dolens classique fait alors son apparition et peut au moment de la régression gagner l'autre membre, affectant le type de phlébite à bascule.

On est encore bien loin de l'ovarite suppurée. Les embols septiques, avec toutes les suppurations à distance possible retiennent l'attention. On les redoute. On néglige souvent de penser à la suppuration ovarienne qui va se manifester par la suite et qui ne pourra être d'ailleurs, comme dans l'une de nos observations, qu'un détail au-dessus des ressources de la chirurgie, dans le grand tableau de pyohémie. Mais à côté de ces cas défavorables, il en est d'autres où le

phlegmon semble ne pas être à l'origine d'infection à distance et semble lentement régresser.

Alors, la malade suivie minutieusement gardera encore une température de suppuration, des douleurs unilatérales. On sentira parfois dans le douglas une masse assez régulière, non plus diffuse et infiltrante comme précédemment, mais bien limitée et au moins perceptible par son pôle inférieur.

Tel est le type classique de l'ovarite suppurée consécutive à une phlébite de la base du ligament large et nous croyons que, dans les cas où l'intervalle libre était long, on pouvait retrouver à l'origine des signes d'invasion sanguine un clocher thermique après un curage par exemple, sans envahissement massif de tout le plexus veineux, mais suffisants pour expliquer la localisation ovarienne.

Avant de terminer cette description rapide de l'ovarite, véritable épiphénomène au cours d'un tableau de suites de couches fébriles, on peut signaler des cas d'un type un peu différent, où les lésions étaient surtout péritonéales et où la pelvi péritonite suppurée a pu « prendre le pas » dans la scène clinique, au point même que la malade a eu une colpotomie qui l'a soulagée quelque temps. Comme pour les phénomènes d'origine veineuse, l'amélioration n'était que passagère. Une température de suppuration s'installe et se précise. Il faut penser à une suppuration de l'ovaire.

III. — Une troisième catégorie de malades, plus rare celle-là, est composée de cas d'urgence. Malade amenée pour un syndrome douloureux abdominal brutal, avec signes de réaction péritonéale plus ou moins discrets. Un certain nombre entre dans ce que Mauger dénommait « les crises » et sur lesquelles il appuyait sa description clinique comme nous l'avons signalé.

Douleur violente siégeant dans la région sous-ombilicale, irradiée aux cuisses, aux organes génitaux externes, accompagnée de signes généraux impressionnants : état syncopal avec pouls petit, filant, difficile à compter. En même temps apparaissent des nausées et des vomissements alimentaires. L'arrêt des matières et des gaz est à peu près complet. La fièvre est à 38°5, 39°. Elle peut faire défaut.

A l'examen on découvre, au dessous de l'ombilic, une zone contracturée, douloureuse, hyperesthésique. Elle est immobile pendant les mouvements respiratoires. Mais ces signes péritonéaux peuvent être beaucoup plus discrets et c'est au toucher vaginal surtout qu'on perçoit un cul-de-sac tendu, douloureux et en général une masse annexielle perceptible. Inutile de dire qu'avec la notion de retard de règles, l'incertitude fréquente au sujet de l'avortement, ces malades sont considérées comme atteintes de rupture de grossesse extra-utérine, ou alors de péritonite aiguë gynécologique par rupture ou torsion d'annexes enflammées.

Et d'ailleurs, ce tableau de l'ovarite suppurée, dans une de nos observations, répondait à une rupture

d'abcès. Il peut dans d'autres cas être provoqué par une torsion et amener ainsi brusquement la malade au chirurgien.

Tels sont les trois grands tableaux cliniques d'ovarite suppurée. Nous n'avons pas relevé en cours de route de symptômes très spéciaux ; il est rare, comme nous le verrons, de faire d'emblée le diagnostic. La notion de pelvi-péritonite ou d'infection veineuse antérieure chez une accouchée bien mise en observation est encore le meilleur élément de diagnostic. On pense à l'abcès de l'ovaire.

Anatomie pathologique

Lorsqu'on intervient, en ayant porté le diagnostic d'annexite suppurée post puerpérale, on est quelquefois surpris de découvrir, sous quelques adhérences intestinales, une masse ovarienne importante isolée, refoulant plus ou moins l'utérus et recouverte par une trompe saine, ou apparemment saine. Nous décrirons :

- l'aspect macroscopique de ces lésions de l'ovaire,
- leur siège dans le stroma ovarien,
- leur structure histologique,
- les lésions du voisinage,
- l'évolution des lésions.

ASPECT MACROSCOPIQUE

Constamment on décrit cet ovaire gros comme une mandarine, distendu, apparaissant parfois encore sain en certains points et abcédé en d'autres. Il peut être simplement du volume d'une noix. Il est parfois violacé, à contours irréguliers, ou bien régulièrement tendu et blanchâtre. Il n'y a pas d'aspect type de

l'ovarite suppurée et dans une de nos observations de suppuration centrale, l'ovaire avait l'aspect extérieur d'un gros ovaire kystique banal. Il pourrait en être de ces ovaires comme il en est de certains reins tuberculeux, qu'on hésite à enlever au début. Mais là au moins l'hypertrophie est constante, si l'abcès n'a pas d'extériorisation.

Le côté d'élection de la suppuration ne mérite pas d'attirer l'attention.

On pourrait penser que la fréquence de l'infection veineuse du paramètre peut appeler, avec sa prédilection pour le côté gauche, des lésions gauches et donner ainsi un argument à la pathogénie veineuse de l'affection. Ce serait trop simple et l'on doit reconnaître que les observations comportent autant de cas de suppurations gauches que droites. Un fait seul est de la plus haute importance, les lésions sont toujours *unilatérales*. On doit insister beaucoup sur ce fait, qui différencie les ovarites suppurées puerpérales d'un certain nombre d'annexites suppurées d'autre origine.

La situation de ces ovaires est assez variable. On diagnostique et on opère souvent les ovarites suppurées tard dans les suites de couches. L'utérus a fait son involution complète — a repris sa position. Ou bien l'ovarite est une complication d'un post abortum récent. Alors, l'ovaire lourd, augmenté de volume, est souvent procident dans le cul-de-sac de Douglas, refoulant latéralement l'utérus. Au contraire, l'involution utérine n'a-t-elle pas été encore complète, l'ovarite évolue-t-elle vite et on peut alors trouver des lésions haut situées, contre le détroit supérieur. Ce cas est, en général, peu fréquent.

SIÈGE DES LÉSIONS

La localisation de la suppuration dans l'ovaire offre un certain nombre d'aspects différents.

a) Ou bien il s'agit d'une suppuration massive. Lorsqu'on ouvre l'organe, on trouve sous une coque assez épaisse, un peu lardacée, une poche à parois régulières remplie de pus. Ce cas est relativement rare.

b) Rares semblent être également les suppurations miliaires de l'ovaire. On peut souvent constater, comme le font remarquer MM. Trillat, Michon et Ponthus qu'à côté d'un abcès possédant une individualité anatomique, il en existe d'autres dans la région périphérique.

D'ailleurs, au cours de certaines phlébites du ligament large, Chomé signale l'infiltration miliaire de l'ovaire.

c) C'est le plus souvent une poche à parois irrégulières, tomenteuses, remplie de pus épais qui se présente à la coupe. Les lésions siègent aussi bien à la périphérie qu'au niveau du hile de l'organe. On pourrait, à partir de ces localisations, conclure au mode d'infection par voie directe ou par voie sanguine, et cela a d'ailleurs été proposé.

Un premier caractère anatomique doit attirer l'attention : Orthmann, Pfannenstiel, Chomé dans sa thèse, insistaient sur la fréquence de l'abcès développé aux dépens du corps jaune. Dans quelques cas, il est certain qu'on peut retrouver à la périphérie d'une poche de pus des traces d'une membrane lutéinique. Il

s'agit d'ailleurs plus vraisemblablement d'un corps jaune post-gestatif que du corps jaune de grossesse.

Ce dernier est effectivement déjà très involué dans le post-partum. Chomé cite 17 cas d'abcès du corps jaune dans sa thèse, mais il ne s'agit pas d'abcès pueréraux. Cela a une certaine importance. On ne peut a priori refuser au corps jaune ce rôle de pôle attractif pour l'infection mais nos observations permettent difficilement de formuler une loi générale à ce sujet. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la cavité suppurée a une paroi généralement fibreuse, lardacée, au sein ou autour de laquelle on reconnaît tous les éléments de l'ovaire.

Sans distinguer ici les ovarites interstitielles diffuses (Le Dentu), les ovarites corticales, les ovarites parenchymateuses ou suppurées qui semblent bien ne représenter que des types souvent très voisins d'un même processus pathologique, on peut au moins signaler que dans un ovaire non encore transformé complètement en poche de pus, l'abcès plus ou moins anfractueux siège le plus souvent près du hile.

Reymond insistait beaucoup sur ces suppurations hilaires où il retrouvait des lymphatiques gorgés de pus à ce niveau. L'infection en ce point entraînerait des lésions congestives, puis hypertrophiques. La couche ovigène proliférerait et, de là, naîtrait un kyste folliculaire qui se transformerait en kyste purulent.

Au contraire, Lawson Tait, décrivant l'ovarite corticale, montrait que les lésions de pelvi-péritonite de la corticalité de l'ovaire « mordaient » toujours en profondeur et décrivait ainsi les abcès de la périphé-

rie dont une des parois au moins n'était que de fausses membranes péritonéales.

En réalité, les examens histo-pathologiques de nos observations ne sont pas très concluants, et on doit reconnaître avec Chomé que ces suppurations sont presque toujours centrales sans préciser nettement : abcès du corps jaune; kyste folliculaire juxta-hilaire infecté, poche corticale sans paroi externe.

STRUCTURE HISTOLOGIQUE

Mauger décrivait la paroi des abcès puerpéraux de l'ovaire comme constituée par :

- une couche embryonnaire,
- une couche fibreuse dense,
- une couche vasculaire où se retrouvent les éléments de l'ovaire.

MM. Trillat, Michon et Ponthus reconnaissent que les lésions histologiques n'ont pas de type spécial. Lésions ordinaires déterminées par l'infection, à côté desquelles on trouve des lésions de lymphangite et des hémorragies intra-tissulaires et intra-kystiques.

Quant à la constitution de la paroi, membrane pyogène classique, il semble qu'on doive ajouter à sa description la présence de cellules lutéiniques, osmiophiles, avec leur enclave lipoïdique. On fait ainsi facilement le rapprochement entre l'abcès ovarien et la suppuration d'un corps jaune. On ne peut qu'énoncer des hypothèses au sujet de la date de ce corps jaune. Est-ce le corps jaune gestatif. Est-ce le premier

corps jaune post gestatif ? Il est plus vraisemblable d'admettre qu'il s'agit du second, le corps jaune gestatif étant considérablement involué au moment de l'accouchement et pouvant assez difficilement constituer un point d'appel pour l'infection, comme nous le signalions plus haut.

Les observations récentes que nous publions n'apportent aucun document nouveau, dans le domaine histo-pathologique. Elles sont, entre autres, peu concluantes au sujet de la question des abcès du corps jaune. Une fois, la paroi était très énucléable et de teinte ocre.

LES LÉSIONS DE VOISINAGE

Il est rare, à la laparatomie, de découvrir un abcès de l'ovaire libre, aussi facilement extirpable qu'un kyste et l'on doit décrire :

1° LES LÉSIONS PÉRITONÉALES DE VOISINAGE. — Elles sont fréquentes et souvent importantes. Les réactions de pelvi-péritonite sont lâches, peu serrées, facilement isolables de l'ovaire. Ou bien on retrouve les lésions décrites par Mauger, nécessitant de la part du chirurgien une énucléation difficile, l'obligeant à « sculpter » dans le petit bassin. Les fausses ovarites intra-ligamentaires plaquées par des brides serrées contre la paroi postérieure du ligament large sont rares. Il pouvait s'agir peut-être bien dans ces cas, de suppurations tuberculeuses méconnues de l'ovaire, plongées dans un magma fibro-caséeux du pelvis. Certaines erreurs de ce genre ont pu être commises mais, si dans

nos observations, les cultures de pus étaient stériles, l'examen anatomo-pathologique toujours pratiqué n'a jamais permis de découvrir de follicules tuberculeux ni de cellules géantes.

Il est certain par ailleurs que la présence longtemps tolérée d'une ovarite suppurée entraîne tout autour des réactions de péri-ovarite.

A côté des réactions du péritoine pelvien, il faut mettre celles, très habituelles et bien connues, du grand épiploon et du sigmoïde.

C'est presque toujours sur un couvercle épiploïque un peu rouge et œdémateux qu'amène la laparotomie. On le détache et on le récline assez facilement.

Une de nos observations comporte un examen histologique des franges graisseuses du colon sigmoïde. On en avait trouvé collées à l'abcès ovarien. On y découvrait de grandes traînées conjonctives avec infiltration banale de polynucléaires.

Enfin, certains compte-rendus opératoires signalent la présence de liquide muco-purulent dans le pelvis. Il faut d'ailleurs remarquer que, dans ce cas, ce liquide provenait certainement de la trompe.

2° LES LÉSIONS TUBAIRES. — Mauger signale le plus souvent l'absence nette de lésions. Il n'en est pas toujours ainsi. Certes, jamais on ne trouve de lésions importantes, rapidement évidentes, des trompes. Le schéma classique représente le gros ovaire plein de pus, cravaté par une trompe apparemment saine, mais on la signale un peu rouge, un peu œdémateuse et à un examen plus approfondi on peut se trouver en présence :

a) d'une trompe un peu épaissie dans son ensemble, à pavillon rouge, infiltré, mais entièrement perméable.

b) d'une trompe dont l'ostium abdominal est ouvert, mais qui présente un ou deux épaississements nodulaires pouvant siéger à l'une ou l'autre de ses extrémités (Bouilly). Elle reste, malgré tout, perméable et la cavité est libre.

c) d'une trompe dont l'ostium utérinum est épaissi, du volume du petit doigt, mais dont la cavité est encore libre.

Lorsqu'on pratique des examens histologiques de ces lésions, on constate qu'il s'agit de petites suppurations *intra pariétales*, bien limitées et respectant la muqueuse. C'est là le point important. Cette dernière peut être congestive, laisser suinter un peu de muco-pus. Mais jamais nous n'avons pu découvrir de lésions sténosantes, d'oblitération tubaire, de pyo ou d'hydro-salpinx.

Une seule restriction serait à faire. Il peut y avoir de pareilles lésions sur l'autre trompe. Jamais, non plus, nous n'en avons découvert, mais souvent l'autre côté était beaucoup plus atteint que celui de l'ovarite.

3° LES LÉSIONS DU LIGAMENT LARGE ET DES INFUNDIBULO-PELVIENS. — Les classiques les considèrent comme constantes. Nous avons presque toujours constaté que les ligaments infundibulo-pelviens étaient œdémateux, boursofflés.

Quant au ligament large, s'il est le plus souvent libre dans sa partie haute, il est constant d'y découvrir d'importantes lésions au niveau de sa base. Ce sont

surtout par des compte-rendus nécropsiques qu'on peut les étudier anatomiquement. Mais les constatations fournies par le toucher vaginal au début de l'évolution permettent de préciser la fréquence de l'atteinte du paramètre.

Mauger cite trois types possibles d'infiltration : ou bien il s'agit de tissus mous, œdématisés, contenant des vaisseaux dilatés, ou bien le ligament est dur, épaissi, lardacé, adhérent à l'annexe, ou bien enfin, comme l'a montré Picon, on découvre entre ses deux feuillets des nodules purulents ayant l'aspect de ganglions lymphatiques, surtout près du hile.

Le deuxième type est en réalité assez rare. Mais par contre l'infiltration signalée dans le troisième a pu être retrouvée dans une observation nécropsique que nous publions et que nous citons à propos des discussions pathogéniques. L'examen histologique de ces points qui truffent le tissu cellulaire, points grisâtres ou noirs, desquels la pression fait sourdre du pus, révèle qu'il s'agit de lumières veineuses oblitérées par un caillot infiltré de polynucléaires — point de départ d'embols septiques. Il s'agit donc de ces faux phlegmons de la base du ligament large qui ne sont que des phlébites suppurées du paramètre et qui permettent d'envisager une théorie veineuse de l'ovarite suppurée, comme nous le dirons plus loin.

4° LES LÉSIONS UTÉRINES. — Il est remarquable de constater combien, le plus souvent, l'utérus semble peu atteint. Certes, les classiques signalent que celui-ci est toujours augmenté de volume et Mauger cite le terme de métrite parenchymateuse corporelle. La mu-

queuse est grisâtre, fongueuse; elle sécrète. On peut constater des lésions de métrite du col. En réalité, le traitement chirurgical conservateur ne nous a pas amené souvent à examiner l'endomètre.

Il est arrivé de constater l'existence d'un utérus un peu augmenté de volume, assez mal involué, coiffé d'épiploon au niveau de son fond. Mais, à côté de cela, nous avons été frappés de voir dans d'autres cas un utérus très bien involué, petit, légèrement refoulé en avant ou latéralement par la masse ovarienne, simplement. Dans une observation d'autopsie, où la malade était morte trois mois après une césarienne basse avec des signes de suppurations multiples — celle de l'ovaire n'en étant qu'une entre toutes — il était curieux de découvrir à côté du gros abcès, bloqué par un énorme phlegmon du ligament large, un utérus petit, normal. La cicatrice elle-même fut prélevée et examinée histologiquement. On n'y retrouvait que du tissu fibreux banal, sans aucune trace de lésions inflammatoires (Trillat et Dargent, « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1933 »). La muqueuse du corps était tomenteuse, grisâtre, mais on ne pouvait attacher beaucoup d'importance à ces lésions post mortem. De toute façon, bien qu'étant le « primum movens » de ce processus infectieux, l'utérus revient assez rapidement à son volume normal et on ne trouve que des traces infimes de la « métrophlébite » (Chomé) du début.

Rappelons simplement le fait que cite Mauger : un abcès ovarien volumineux peut, en tombant dans le Douglas entraîner une demi-torsion de l'utérus sur

son axe. Jamais pareil cas ne s'est présenté dans une de nos observations.

L'évolution anatomique des ovarites suppurées ne peut être encore très bien décrite. On n'a pas à leur sujet un nombre de documents suffisants.

a) *Les accidents mécaniques ne peuvent être refusés a priori.* La torsion n'a jamais été découverte dans nos observations, mais il nous a été donné de constater deux fois une rupture d'ovarite suppurée dans le grand ventre, ayant entraîné une péritonite aiguë généralisée. On pourra prétendre que c'était une pelvi-péritonite pelvienne péri-ovarienne enkystée qui a diffusé dans le grand ventre et nous ne pouvons pas être très affirmatifs au sujet de cet accident.

b) *L'extension à l'autre ovaire* n'a jamais été constatée et l'unilatéralité des lésions reste jusqu'à nouvel avis un fait important. Une seule de nos observations signale un ovaire « œdémateux » qui n'a pas d'autre lésion apparente.

c) *Les suppurations à distances* n'offrent aucun caractère particulier. Un seul point est intéressant. C'est la fréquence des *parotidites* post opératoires. Cette sympathèse ovario-parotidienne est bien connue. Tous les gynécologues et les chirurgiens l'ont décrite. Il ne convient point ici d'en donner la pathogénie. Elle a été constaté trois fois.

Si dans une observation elle avait un intérêt relatif

parce qu'il s'agissait d'un processus suppuratif évident très étendu et à évolution fatale, dans un autre, au contraire, la parotidite apparaissait comme une complication dans des suites opératoires relativement peu mouvementées. Si on pouvait l'attribuer au processus infectieux, on devait invoquer aussi dans ce cas ce phénomène toujours très curieux qui semble déclenché par toutes les interventions sur l'ovaire.

d) *L'évolution de l'ovarite suppurée abandonnée à elle-même nous amène*, évidemment, dans le domaine de l'hypothèse.

C'est à ce propos qu'on pourrait invoquer les considérations de MM. Cotte et Mathieu d'une part, et l'opinion formulée dans le « *Traité de Gynécologie* » de J.-L. Faure et Siredey.

A propos des ovarites non suppurées consécutives à la puerpéralité, MM. Cotte et Mathieu signalent l'existence de lésions inflammatoires relativement atténuées, pouvant, à la longue, tendre vers le type de l'ovarite scléro-kystique, mais dans aucune de leurs observations, on ne signale de traces de suppuration antérieure.

J.-L. Faure et Siredey émettent au contraire une opinion plus catégorique : « Lorsque les phénomènes inflammatoires s'arrêtent, ces diverses lésions peuvent entrer en régression même lorsqu'il y a eu production de pus, car il est certain que des abcès volumineux se résorbent souvent peu à peu et disparaissent complètement ». Nous avons signalé la stérilisation fréquente du pus, la présence d'une coque lardacée tout autour de l'abcès, avec des phénomènes de pé-

riovarite discrets. Mais, toujours, nous avons trouvé du pus et il nous est impossible, avec nos seules observations d'admettre en fait cette évolution vers la résorption complète.

Après avoir décrit précisément cette résorption J.-L. Faure termine : « Et c'est ainsi que se fait peu à peu une évolution vers les formes scléreuses, lesquelles peuvent d'ailleurs succéder, comme nous l'avons déjà dit, à une infection beaucoup moins vive et rester presque latente, ou à l'évolution de ce processus mal défini qui relève peut-être d'un état particulier de la nutrition et qui se traduit par la production d'une sclérose plus ou moins profonde ».

Nous préférons nous rallier à l'opinion de MM. Cotte et Mathieu et envisager les ovarites scléreuses comme l'aboutissant de lésions inflammatoires discrètes de la puerpéralité mais ne pas trop affirmer qu'une suppuration de l'ovaire peut aboutir au même résultat.

Bactériologie

Depuis la thèse de Reymond qui reconnaissait au streptocoque le rôle prépondérant, on a cité des résultats bactériologiques différents. Mais il ne s'agissait souvent pas d'ovarites post puerpérales.

Le bacille d'Eberth, le pneumocoque (Etheridge), le bacille de Koch ont été découverts dans des examens de pus. Y avait-il infection coëxistante et septicémie d'une autre origine, il est impossible de le dire en lisant les observations et on ne peut s'arrêter à de pareils résultats bactériologiques.

La présence du streptocoque et du colibacille (Bouilly) est signalée dans toutes les observations classiques. On ne peut également s'y attarder, mais deux points permettent de retenir l'attention.

1° On a admis que le gonocoque (Zweifel) pouvait être l'agent microbien de ces suppurations. MM. Trillat et Michon (1930) signalent que les trompes sont plus volontiers atteintes en pareil cas. On peut également assister à l'évolution d'une pelvi-péritonite enkystée blennorragique post-puerpérale, l'ovaire étant en rapport avec une poche pelvienne. Mais le véritable abcès semble rare.

Une de nos observations est assez instructive à cet égard.

Il s'agit d'une malade ayant des antécédents blennorragiques certains, une métrite de même origine, dont l'enfant dans les premiers jours a une conjonctivite examinée bactériologiquement et certainement gonococcique. Dans les suites de couche, elle présente une ovarite suppurée. Il est impossible de retrouver le gonocoque dans le pus. Les cultures restent stériles. De là, à conclure que ce microbe n'est pas en cause, ce serait sûrement une grossière erreur. Mais s'il avait été le « *primum movens* », il s'agissait d'une suppuration amicrobienne.

Si on admet les abcès à gonocoque, on doit donc les considérer comme des manifestations très tardives et très refroidies de l'inoculation blennorragique.

2° C'est effectivement la fréquence des réponses de laboratoire « Pus stérile, cultures stériles » qui attire aussi notre attention.

Ce pourrait être un argument en faveur de lésions tuberculeuses révélées dans le post partum et sans rapport avec l'infection utérine. Ce serait voir la question des ovarites suppurées sous un jour assez complexe, surtout assez contradictoire avec l'évolution clinique même de cette affection où il semble bien y avoir une relation de causalité entre l'infection presque toujours streptococcique d'origine, la métraphlébite et l'abcès ovarien.

Ce qui est fréquent pour les vieilles suppurations à gonocoques semble pouvoir être admis pour ces suppurations dites « aseptiques ». Il faut tenir compte

du fait que la plupart des abcès opérés ont été examinés assez longtemps après le début de l'infection. Il s'agit là vraisemblablement, pour le streptocoque, de ce phénomène assez courant de stérilisation progressive du pus dans une cavité anciennement constituée.

D'ailleurs l'intervention peut être suivie parfois de complications suppuratives où l'on retrouve le microbe d'origine.

Pathogénie

C'est certainement là un des points les plus intéressants de cette étude. L'intégrité fréquente de la muqueuse tubaire ou de la trompe toute entière, la notion d'une infection partie de la muqueuse utérine pour aboutir directement à l'ovaire devait suggérer, à côté d'une théorie de propagation directe, des théories invoquant la voie lymphatique ou la voie veineuse.

Il est classique d'attribuer à Quénu, Trélat et Terrillon la *pathogénie muqueuse* de l'ovarite suppurée. Le gonocoque et le streptocoque semblent être les deux microbes susceptibles de suivre le tractus génital à contre courant et d'aller inoculer tout ce qui entoure l'ostium tubaire. Il est assez difficile néanmoins d'admettre que leur passage à travers la trompe aura été sans histoire, aura « effleuré » la muqueuse tubaire sans y laisser de traces appréciables. Encore pourrait-on l'admettre. Les observations anatomiques signalent l'existence de trompes rouges, congestionnées, à pavillon ouvert et un peu œdémateux.

Mais il est vraisemblable que le péritoine devrait être le premier atteint, et cette infection ascendante est certainement à l'origine de ces poches de périto-

nite enkystée péritubaire, foyer de péritonite purulente entourant une trompe encore haute, avec son ostium béant, rouge, étalé au milieu de la flaque de pus. Ce sont les faux phlegmons hauts du ligament large (Villard et Creyssel, 1925) « Revue française de gynécologie et d'obstétrique »).

Beaucoup moins certaine est l'infection de l'ovaire. La formule élégante de J.-L. Faure évoquant les épидidymites blennorragiques à la suite d'une infection uréthrale, sans lésion évidente du déférent, n'a que la valeur d'une comparaison valable d'ailleurs pour un organe en continuité anatomique avec son canal.

Il se pourrait, malgré tout, que, dans certains cas, un corps jaune récemment constitué — ce corps jaune post gestatif d'ailleurs comme le pensent MM. Trillat et Michon — serve de point d'appel à l'infection venue des trompes.

L'observation décrite dans la thèse de Montprofit (1880), inspirée par Quénu et concernant une péritonite enkystée haute péritubaire rapporte, à la fin, la description de la tubo-ovarite sous-jacente constatée à l'autopsie. Les descriptions de Lawson Tait confirmeraient aussi cette pathogénie pour les abcès du corps jaune corticaux.

On ne peut donc pas refuser systématiquement la théorie de l'infection directe, mais il est assez difficile de l'accepter dans des cas d'ovarite simple. Elle est admissible pour les ovarites découvertes dans un foyer de pelvi-péritonite.

Plus défendue a été la *pathogénie lymphatique* de l'ovarite suppurée. Le nom de Bouilly y est attaché.

Lucas Championnière (Th. Paris 1870) avait minutieusement décrit des collecteurs et des ganglions de la région cervicale dont la circulation pouvait avoir des relations avec celle de l'ovaire. Les travaux plus récents de Franqué (1925), confirmant les recherches de His (*Ueber den Bau des Säugethieren-Eirstock*, 1865), permettent d'admettre l'existence d'un plexus subovarien avec des collecteurs se mêlant aux troncs utéro-ovariens. Le réseau d'origine entoure le follicule, sauf en son sommet.

Dans le domaine anatomo-clinique, il est classique d'évoquer l'observation de Souligoux à la Société Anatomique de Paris en 1890. L'autopsie d'une malade atteinte d'ovarite suppurée avait révélé l'existence de ganglions lombaires suppurés au voisinage de la veine cave inférieure. Mais on pourrait très bien les envisager comme une manifestation secondaire à l'ovarite et non comme une preuve de l'envahissement lymphatique.

Bouilly insistait sur ces cas d'ovarites beaucoup plus subaiguës, consécutives à une métrite cervicale et améliorées par le traitement de cette métrite. MM. Cotte et Mathieu invoquent d'ailleurs ces considérations à propos des ovarites scléro-kystiques. Raymond, dans sa thèse, insiste sur la pathogénie lymphatique des abcès miliaires.

Enfin un dernier argument semble fort intéressant. C'est celui que fournit Mauger dans sa thèse. Lorsqu'il y a des lésions tubaires elles ne sont pas muqueuses, mais bien sous-muqueuses, infiltrant les tuniques de la trompe, abcès pariétaux de l'oviducte

de même origine que l'abcès de l'ovisac. Cette analogie est assez séduisante. Elle apporte certainement un des meilleurs arguments à la théorie de propagation lymphatique, mais elle ne contredit pas la pathogénie veineuse.

La voie sanguine, pour la plupart des anciens auteurs était synonyme de grande infection puerpérale. Mauger ne l'évoque pas dans sa thèse. Elle nous semble actuellement être la plus fréquemment en cause. Depuis que certaines précisions ont pu être données sur le faux phlegmon de la base du ligament large, véritable phlébite péri-cervicale la notion d'infection ovarienne par voie veineuse est plus facile à admettre.

Les travaux de Chomé (*Leçons de la Clinique Tarnier*, 1924), les cas d'ovarites suppurées nettement consécutives à « l'infection puerpérale », voire même à la grippe, prêtent difficilement à discussion.

Sans aller jusqu'à faire des distinctions multiples en métrophlébites, en phlébites pelviennes supérieures et inférieures, ces dernières aboutissant à la veine hypogastrique, on doit reconnaître, avec Chomé, que dans ces faux phlegmons « une lésion qui est très fréquente, c'est la suppuration de l'ovaire sous forme de petits abcès multiples, dont le volume varie de celui d'un petit pois au volume d'une amande... Ils se trouvent toujours profondément situés ».

Nous avons pu apporter une observation fort démonstrative à ce sujet, à mettre en parallèle avec l'observation de Souligoux. Une jeune femme ayant subi une césarienne dans des conditions d'asepsie

douteuses, chez laquelle un prélèvement immédiat in utéro révéla la présence de streptocoques, évite, grâce au procédé d'exclusion péritonéale de Michon une péritonite aiguë généralisée. Mais les phénomènes d'infection veineuse ne tardent pas à apparaître. Elle meurt au bout de trois mois dans un tableau de grande infection à métastases (péricardite, parotidite). Or, l'autopsie montre un gros ovaire droit plein de pus et dans un ligament large cartonné, laissant suinter un peu de liquide sanieux des noyaux franchement noirâtres. Des prélèvements furent faits, jusqu'à la veine iliaque. Il s'agissait bien de thrombose veineuse septique.

On ne peut trouver mieux réunies ces deux lésions qui semblent avoir d'intimes rapports : abcès de l'ovaire et phlébite suppurée périutérine.

Nous ne pouvons conclure de cet exposé pathogénique. Mais il est vraisemblable que la voie veineuse doit être mise à la première place.

Quant à l'infection secondaire, engendrée par les adhérences des franges épiploïques à la masse ovarienne, véritable vecteur de microbes intestinaux, comme Bouilly l'avait déjà remarqué, comme il est très classique de l'admettre pour les suppurations des kystes du pelvis, il est nécessaire de la citer ici avant de terminer ces considérations pathogéniques.

Diagnostic

Le diagnostic des ovarites suppurées à forme torpide pourrait être représenté par une longue nomenclature qui concernerait la plupart des affections gynécologiques. Et, chaque fois, il faudrait faire remarquer qu'il n'y a pas de signe pathognomonique de l'ovarite suppurée, mais un ensemble clinique assez bien caractérisé qui doit, dans les suites de couches fébriles, faire « penser » à cette affection. Resterait à être renseigné précisément sur les suites de couches, à savoir même s'il y a eu un incident obstétrical dans les antécédents. Et en pareil cas (suite de fausse-couche provoquée et non avouée), il faut reconnaître que l'ovarite suppurée est un diagnostic d'exception, alors que celui de kyste de l'ovaire tordu ou infecté, de pyosalpinx, de fibrome sous-péritonéal, et surtout de grossesse tubaire doit être d'abord envisagé. Le plus souvent, en pareil cas, c'est une découverte opératoire. On pourrait donc accorder aux discussions diagnostiques de l'ovarite à forme subaiguë, succédant à un intervalle libre, un intérêt plus spéculatif que pratique. L'indication opératoire seule importe d'ailleurs.

Et de fait, un des aspects les plus intéressants de ce diagnostic est le cas, observé quelquefois, de la malade ayant avorté plus ou moins longtemps auparavant, n'avouant pas les manœuvres qui ont provoqué la fausse couche, ayant une rétention placentaire partielle. L'histoire clinique est assez banale. Retard de règles, de quelques semaines ou quelques mois, douleurs mal précisées et surtout, après ce retard, petites pertes sanglantes, un peu rousses, un peu fétides souvent. On pratique un toucher vaginal. On découvre un utérus un peu augmenté de volume, à col entr'ouvert, assez libre dans le pelvis, mais flanqué d'une masse arrondie, régulière, unilatérale, séparée de lui par un sillon comme toute masse annexielle. C'est évidemment le diagnostic de grossesse extra-utérine qui se présente à l'esprit et il est souvent difficile de le refuser.

La notion de température discrète après cet incident gravidique n'a pas beaucoup de valeur. La grossesse tubaire fissurée et infectée secondairement par la flore intestinale, simulant l'appendicite ou la salpingite banale sont bien classiques (Albertin et Desgouttes).

Les petits signes de grossesse, tant du côté des seins, que du point de vue endocrinien n'ont également aucune valeur. Tout au plus pourrait-on penser à une grossesse arrêtée et à un avortement tubaire.

Et c'est, le plus souvent, une découverte opératoire que l'ovarite suppurée. L'indication d'intervenir a été posée. C'est déjà là le point le plus important.

Car dans un certain nombre de cas, il a pu en être différemment. La masse annexielle était encore minime, n'a pas attiré l'attention au toucher vaginal, a été interprétée comme une salpingo-ovarite banale probablement préexistante à l'avortement. Et surtout le col était entr'ouvert, appelant la curette et l'intervention évacuatrice — on a bien retiré des débris placentaires. Il semble s'agir d'une simple rétention. Mais les suites opératoires restent un peu mouvementées, subfébriles ; la malade continue à perdre un peu et à souffrir. On touche à nouveau, et on a peur d'avoir laissé passer une grossesse extra-utérine. On sait que des curettages ont été faits par erreur en pareil cas et qu'on avait même pu retirer des débris qui ressemblaient beaucoup à des fragments de délivrance. On sait que certains cas — rares il est vrai — de grossesse utérine et extra-utérine coexistante ont été signalés (MM. Cotte et Mlle L. Grangette). Là encore, ces hésitations, dans des conditions aussi particulières, doivent conduire à penser au moins à l'éventualité d'une ovarite suppurée post abortum et entraîner l'acte opératoire.

Que l'on envisage ces cas difficiles où la notion d'avortement n'est pas précisée, ou ceux plus nets de suites de couches ou de fausses-couches fébriles, subaigus, on peut avoir présent à l'esprit un certain nombre d'autres hypothèses. Il est difficile d'éliminer un kyste de l'ovaire infecté, douloureux, dans les suites de couches, et même la pièce en main, pour peu qu'il soit de volume assez peu important, l'hésitation persiste.

Il est difficile également d'éliminer un fibrome pédiculé, semblant plaqué contre l'utérus, et présentant des accidents de torsion ou d'infection post partum.

Mais il reste encore toutes les tubo-ovarites, toutes les salpingites post-partum et le plus souvent c'est à ce diagnostic vague qu'on s'arrête.

Théoriquement, on devrait pouvoir envisager l'ovarite suppurée quand la masse est unilatérale assez basse parfois, même prolabée dans le Douglas et qu'on peut percevoir latéralement un petit cordon plus ou moins résistant qu'on identifie comme la trompe. On devrait pouvoir opposer ces signes cliniques à ceux de la salpingite ou salpingo-ovarite. Masses bilatérales, assez hautes, beaucoup plus empâtées ou irrégulières que l'ovaire abcédé. Mais ce serait souvent une vue de l'esprit et il faut bien reconnaître que là encore l'intervention permet de faire un diagnostic plus précis. Rappelons d'ailleurs qu'il est des abcès corticaux ou des abcès du corps jaune qui semblent être d'origine tubaire, dans lesquels on découvre des lésions œdémateuses ou pariétales de la trompe.

Il faut enfin citer, car on sait combien cette affection en simule d'autres et combien elle égare le diagnostic en gynécologie, la tuberculose salpingo ovarienne ou l'abcès froid isolé de l'ovaire dans les suites de couches. Certes, la simple coexistence d'une grossesse et de graves lésions annexielles tuberculeuses semble un peu paradoxale, et l'unilatéralité franche des lésions ne semblerait pas en faveur d'une

tuberculose génitale classique. Malgré tout, nous nous demandons si certains cas de Mauger, où les adhérences avec l'intestin étaient très serrées, où des masses caséeuses sous-jacentes ont été découvertes, ne relevaient pas de processus tuberculeux. Nous avons simplement envisagé le problème en étudiant bactériologiquement ces abcès puerpéraux de l'ovaire à pus amicrobien.

Un diagnostic différent est à faire en présence de l'accouchée récente présentant de grands accidents infectieux.

Il ne suffit pas de suivre un faux phlegmon de la base du ligament large, d'assister à sa résorption ou à son extension. Il faut encore précocement penser à l'ovarite suppurée quand la température persiste et qu'on n'a ni phlébite, ni suppuration autre pour l'expliquer. Les erreurs de diagnostic existent aussi. Sans parler des cas où on s'égarerait en vain vers l'hypothèse d'endocardite ou de phlegmon périnéphrétique, ou d'abcès sous-phrénique, et en revenant à des diagnostics purement gynécologiques, il faut savoir éliminer si la masse semble haute, superficielle, plaquée à la paroi, une péritonite suppurée péritubaire, faux phlegmon supérieur du ligament large (Villard et Creyssel).

En pareil cas, la palpation abdominale donne nettement l'impression d'un plastron et d'une réaction péritonéale avec défense de la paroi. L'ovarite sup-

purée au contraire est plus limitable et la paroi peut se déprimer sur elle. Malgré cela, de rares observations ont été signalées, qui permettent après incision simple et drainage d'une péritonite suppurée péritubaire de penser à un abcès cortical de l'ovaire si la température persiste.

Et c'est quelquefois également après une colpotomie qu'on peut envisager ce diagnostic. On n'avait aucun doute. Les signes généraux étaient sérieux, une énorme masse bombait dans le Douglas. Ce n'était certainement pas une masse annexielle. Elle a été incisée et drainée. Et la température peu à peu a refait son apparition. Il faut d'ailleurs bien avouer qu'en pareil cas il est tout à fait exceptionnel de découvrir une ovarite suppurée pure, mais le plus souvent d'énormes lésions tubo-ovariennes plaquées dans le pelvis.

Un seul point importe donc : penser devant une pelvi-phlébite qui semblait régresser — et c'est le cas le plus fréquent — ou devant des suites de colpo ou de laparotomie pour péritonite suppurée puerpérale — cas rares — à l'annexite suppurée si la température remonte et si on sent une masse latéro-utérine. Et si cette masse est unilatérale, bien limitée, penser à l'ovarite pure et ne pas refuser l'intervention comme on serait tenté de le faire pour une énorme salpingo-ovarite bilatérale chez une femme jeune.

Signalons simplement comme une découverte opératoire le plus souvent un fibrome pédiculé ou infecté.

Enfin un diagnostic différent peut être posé par des complications rares de l'ovarite, la torsion ou la rupture. Diagnostic qui n'est pratiquement jamais fait. Cela se présente comme un cas de chirurgie d'urgence et la torsion d'un kyste de l'ovaire est aussi bien envisagée que la rupture d'un pyosalpinx. La laparotomie seule permet de découvrir l'ovarite.

EN CONCLUSION, le diagnostic de l'ovarite suppurée est important à faire dans les formes torpides, lentes et subaiguës, évoluant avec des phases d'amélioration et de rechute. On pense souvent à la grossesse tubaire, et c'est l'intervention qui révèle l'ovarite.

Par ailleurs, il faut penser à l'ovarite suppurée devant une accouchée récente qui a présenté des complications pelviennes à type veineux et dont la température persiste alors que tout semblait revenir à la normale.

Pronostic

Le pronostic de l'ovarite suppurée est généralement excellent quand l'indication opératoire est posée à temps.

Sur nos 13 observations, nous relevons trois décès, l'un dans un grand tableau d'infection où l'ovarite n'était qu'une localisation entre beaucoup d'autres, les autres dans un tableau de péritonite aiguë par rupture de l'abcès.

Nous pensons que ce deuxième cas est relativement rare. Malgré tout il est suffisamment grave pour qu'on le retienne et qu'on n'admette pas, au nom de théories, d'ailleurs fausses, qu'un abcès de l'ovaire peut régresser et aboutir à l'ovarite scléreuse.

Les suites opératoires sont généralement simples. Comme après toute intervention sur l'ovaire et à plus forte raison sur une ovarite suppurée, on peut voir évoluer une parotidite. Elle est en règle générale bénigne, précoce, œdémateuse et régresse même parfois sans incision. Il faudrait au contraire l'opposer à la parotidite métastatique qui serait l'indice fâcheux d'un processus infectieux généralisé.

A côté de ce pronostic uniquement basé sur le

facteur infectieux, il faut envisager le pronostic du point de vue fonctionnel.

On ne doit pas hésiter à dire qu'il est excellent et cela parce que l'ovarite est presque toujours unilatérale. On peut donc faire des interventions conservatrices et vérifier la permabilité tubaire, presque toujours intacte. On cite des grossesses observées après ovariectomie pour ovarite suppurée (M. Cotte).

Aucune de nos malades revue n'a présenté, à la suite de cette affection de troubles trophiques graves de l'autre ovaire.

Traitement

Il ne se discute pas. Il est simple. Devant des suites de couches fébriles, un peu mouvementées, quand on a éliminé une collection suppurée intrapéritonéale, justiciable d'un simple drainage ou d'une colpotomie, on doit intervenir sur la masse latéro-utérine unilatérale que l'on perçoit.

Et de même dans la forme la plus habituelle, torpide, lente, qui simule tout, et particulièrement la grossesse extra-utérine, la laparotomie exploratrice s'impose.

Pfannenstiel ou incision médiane selon l'importance des lésions présumées et l'état anatomique de la paroi.

Libération de l'épiploon et de l'intestin rabattus en couvercle sur le pelvis le plus souvent. Protection minutieuse à la compresse du grand ventre et des fosses iliaques, en prévision de la rupture d'une poche de péritonite suppurée péri-ovarienne ou de l'abcès de l'ovaire lui-même au cours de manœuvres.

Isolement et libération, en général facile, de l'ovaire abcédé.

Là, l'ovariectomie s'impose. L'autre côté a été vérifié, tant au point de vue de la suppuration possible de l'autre ovaire que de la perméabilité tubaire.

Alors, suivant les cas, on fera une simple ovariectomie ou une salpingo-ovariectomie. Les indications du drainage sont fournies par la présence d'une réaction péritonéale importante, autour de l'ovaire malade, voire même par la présence d'une poche de péritonite suppurée. Un drain abdomino-vaginal semble être le meilleur moyen de remplir cette indication.

On doit réserver le sac de Mikulicz aux collections rompues ou ayant menacé la grande cavité péritonéale.

Conclusions

1° Les ovarites suppurées puerpérales pures présentent une individualité bien établie du point de vue clinique et surtout anatomique.

2° Les treize observations que nous publions montrent que, tout en étant rares, elles ne sont pas exceptionnelles.

3° L'ovarite suppurée doit être soupçonnée et recherchée dans toutes les formes chroniques et persistantes de l'infection puerpérale. Elle peut évoluer avec de véritables rechutes.

4° Le diagnostic peut en être difficile et souvent elles ne sont identifiées qu'au moment de l'intervention.

Les lésions ovariennes consistent le plus souvent dans plusieurs abcès cloisonnés entourés de stroma ovarien. La trompe est le plus habituellement perméable, sans abcès. Elle adhère à l'ovaire le plus souvent et ses parois sont le siège d'un léger œdème inflammatoire. Le péritoine et l'intestin présentent

des adhérences presque constantes, mais habituellement faciles à libérer.

6° L'examen bactériologique du pus est souvent négatif (pus stérile). Le streptocoque a été retrouvé, jamais le gonocoque.

7° Si dans quelques cas il semble s'agir d'abcès du corps jaune développés à la suite d'infection par voie tubaire, très souvent il faut invoquer la pathogénie veineuse et considérer les ovarites comme des séquelles de pelvi-phlébites.

8° L'ablation chirurgicale est le seul mode de traitement. Il est suivi le plus souvent d'une guérison complète et l'intervention peut être conservatrice en raison de l'unilatéralité des lésions.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VILLARD.
JEAN LÉPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 5 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
A. LIRONDELLE.

